

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZA ŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka ubiegającego się o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego
obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1743).

Nazwisko i imię data ur.....

Miejsce zamieszkania

Szkoła/Przedszkole klasa

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Stwierdzenie czy dziecko wymaga indywidualnego nauczania (proszę zakreślić właściwą odpowiedź).

TAK

NIE

5. **Uzasadnienie** (w przypadku stwierdzenia, że dziecko wymaga indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których dziecko nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do przedszkola/oddziału przedszkolnego):

.....
.....
.....
.....
.....

6. Stan zdrowia dziecka (proszę zaznaczyć właściwe):

UNIEMOŻLIWIA (zajęcia odbywają się w miejscu zamieszkania dziecka)

ZNACZNIE UTRUDNIA (dziecko może brać udział w zajęciach na terenie przedszkola/oddziału przedszkolnego)

uczęszczanie do przedszkola/oddziału przedszkolnego.

7. **Okres** na jaki dziecko powinno zostać objęte indywidualnym nauczaniem (nie krótszy niż 30 dni nie dłuższy niż jeden rok szkolny).

.....

8. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/oddziału przedszkolnego

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczętka i podpis lekarza)